



Comprobante de COVID-19

Para enviar una solicitud para obtener un comprobante de COVID-19, complete todos los cuadros requeridos a continuación. Una vez completado, envíe por correo electrónico a health@fdlco.wi.gov con la línea de asunto que lea “ATTN: COVID RELEASE REQUEST.” Solo estamos procesando solicitudes para residentes dentro del Condado Fond du Lac. Puede esperar una respuesta en 5-7 días laborables.

***REQUERIDO**

PRIMER NOMBRE*	APELLIDO*
FECHA DE NACIMIENTO*	
DIRECCIÓN *	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL*
SI SE HIZO LA PRUEBA, FECHA DE LA PRUEBA	SI USTED ERA SINTOMÁTICO, ¿QUÉ DÍA EMPEZABAN LOS SÍNTOMAS?
SI ES CONTACTO CERCANO, LA ÚLTIMA FECHA DE EXPOSICIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO *
CORREO ELECTRÓNICO * Entre en su dirección de correo electrónico con cuidado – se producen retrasos significativos si el correo electrónico es incorrecto.	
<input type="checkbox"/> Autorizo para que mi Información de Salud Relacionada con COVID-19 se envíe electrónicamente al correo electrónico que proporcioné en este formulario. Entiendo que la información en este formulario se utilizará para verificar mi identidad, y el correo electrónico será enviado desde el Sistema de Vigilancia Electrónica de Datos de Wisconsin o el Departamento de Salud del Condado de Fond du Lac.*	
<i>FOR PUBLIC HEALTH USE ONLY</i>	
RELEASE FROM ISOLATION/QUARANTINE DATE:	
CLEAR TO TRAVEL DATE:	